

Terminarz Świadczenia Specjalistycznych Usług Opiekuńczych

Imię i Nazwisko opiekunki(na)

Imię i Nazwisko klienta

Adres klienta

Dzień m-ca	Opieka w godz.	Liczba godzin	Podpis klienta	Dzień m-ca	Opieka w godz.	Liczba godzin	Podpis klienta
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16				Razem			

UWAGI

.....
.....
.....

.....
data i podpis opiekuna/ki

.....
data i podpis klienta